

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XIX

DEZEMBRO DE 1957

N.º 6

Sumário:

	PÁG.
<i>Diagnóstico diferencial num caso de grande cálculo da vesícula biliaria — Dr. EDUARD DOLDER</i>	83
<i>Cirurgia hepática e parahepática. — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO</i>	88
<i>Sociedade Médica São Lucas — Comunicações feitas</i>	95



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANALS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE*

*pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS*

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO*



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1957/1958



Presidente :

Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Vice-Presidente :

Dr. PAULO R. C. REBOCHO

Primeiro Secretário :

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário :

Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITNER

Primeiro Tesoureiro :

Dr. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro :

Dr. JOHN KOLB

Bibliotecario :

Dr. NELSON CAMPANILE

Conselho Consultivo :

Dr. PAULO G. BRESSAN

Dr. WALDEMAR MACHADO

Dr. MOACYR BOSCARDIN

Dr. ROBERTO DELUCA

Dr. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX

DEZEMBRO DE 1957

N.º 6

**Diagnóstico diferencial num caso de grande
cálculo da vesícula biliaria (*)**

DR. EDUARD DOLDER
(Interno do Sanatório São Lucas)

Há um mês atrás entrou no hospital São Lucas um doente de 60 anos de idade, com a seguinte história: Com a idade de 34 anos esteve acamado por 8 dias, sem dôres, com urina carregada. Pensou-se em moléstia renal em virtude da albuminuria. O paciente passou bem durante 10 anos. Por ocasião de um exame médico foi tirada uma radiografia que fez suspeitar litíase renal. Passou bem com bicarbonato. Dois meses antes de entrar no hospital teve crise aguda, febril, com dor xiiloideana que durou 24 horas só cedendo com pantopon. Foi constatado ligeira icterícia, dessa vez sem albuminuria. Fora disto o doente acusou nos últimos meses apenas arrepios e febre-lolas vesperais. Comia bem, quase de tudo, sem boca amarga nem azia. Quando deu entrada no hospital estava com a urina carregada, temperatura de 37,6 graus e uma ligeira defesa no hipocondrio direito. A radiografia deu motivo a divergência de opinião entre o cirurgião e o radiologista. Pela chapa simples o dr. Eurico Branco Ribeiro firmou o diagnóstico de cálculo vesicular ao passo que o radiologista concluiu por uma vesícula calcificada. Parece-nos interessante comparar os motivos dos diagnósticos diferentes.

Em vista do quadro clínico e da radiografia temos que levar em consideração 3 diagnósticos principais:

- 1) Vesícula biliaria calcificada ou vesícula de porcelana.
- 2) Grande cálculo único da vesícula biliaria.
- 3) Colecistopatia com bilis calcária ou Milk of Calcium-Gall-bladder (chamada assim na literatura dos Estados Unidos).

(*) Caso apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 20-8-1957.

Todos os autores concordam com o fato de não ser possível fazer um diagnóstico diferencial entre as moléstias mencionadas sem conhecer os resultados da radiografia porquanto os dados clínicos são muito semelhantes. Os sintomas destas três doenças correspondem, em regra geral, aos sintomas típicos da cholecistopatia, isto é: dôres mais ou menos fortes na região da vesícula, irradiando-se para o ombro direito, e aversão a comida gordurosa ou ovos.

Vou descrever primeiro as particularidades patológicas destas três doenças para expôr depois as possibilidades da distinção por meio da radiografia.

1. Vesícula biliar calcificada ou vesícula de porcelana. — Esta doença foi assinalada pela primeira vez por Dienstferting no ano de 1919. Desde então, vários autores publicaram casos de vesícula porcelana que é encontrada entretanto, só muito raramente. O sinal específico consiste em focos mais ou menos grandes de calcificação localizados na parede da vesícula. A calcificação pode ser muito desenvolvida sendo possível provocar inter operationem um som claro ao percutir a vesícula. O exame histológico apresenta além das camadas finas de calcificação o quadro duma colecistite crônica.

2. O grande cálculo da vesícula. — Entre as três moléstias em questão, o grande cálculo vesicular é o mais freqüentemente observado. Em anatomia patológica geralmente figura ao lado do grande cálculo solitário dos rins, baseando-se numa etiologia e patogênese similares. Seu tamanho é muito grande de sorte a não ficar espaço entre a parede da vesícula e o cálculo. Embora o grande cálculo da vesícula nunca seja a causa de estenose nas vias biliares, por sua própria presença pode representar o ponto de partida duma colangite e por conseguinte duma icterícia.

3. A colecistopatia com bilis calcária ou Milk of Calcium-Gallbladder. — A particularidade essencial consiste na presença duma massa branca e pastosa no interior da vesícula. Essa massa pode encher uma parte mais ou menos grande da vesícula biliar e revela ao exame químico ser constituída quase integralmente de carbonato de cálcio. Embora a consistência deste conteúdo patológico seja em geral como a da pasta de dente, pode ter algumas vezes o aspecto dum líquido espesso apresentado também as características mencionadas. Estas variações de consistência devem ser causadas pelo tempo diferente de evolução do processo. A substância calcária não constitui todo o conteúdo da vesícula, pois habitualmente existe também bilis clara, ligeiramente colorida, de tipo hidrópico, de menor peso específico que o da bilis calcária. Um outro elemento muito constante deste quadro patológico é a presença de vários cálculos de colesterolina. Na grande maioria dos casos um destes cálculos está encravado no colo do cístico.

A respeito da formação e modo de ação da bilis calcária mencionam os vários autores explicações divergentes.

Segundo alguns o carbonato de cálcio provém da bilis excretada pelo fígado, sendo o cálcio um elemento da bilis normal. A concentração desta substância na vesícula poderia ter duas causas. 1. A inflamação da vesícula produzindo um meio propício à precipitação do leite calcário por variações do pH. 2. Um cálculo fechando o cístico e deixando entrar a bilis mas não lhe permitindo sair. Por este mecanismo de válvula desde que a mucosa da vesícula pode absorver todos os elementos da bilis menos o carbonato de cálcio, é produzida uma concentração de leite calcário na vesícula biliaria.

Outros autores combatem estas concepções apontando o fato de que existem inúmeros casos de colecistite e de cálculos encravados no cístico sem formação de bilis calcária.

As outras teorias baseiam-se na hipótese de que o carbonato de cálcio seria excretado pela mucosa da vesícula, formando com muco e pus o leite calcário. Pesquisas experimentais mostraram que mesmo uma vesícula normal pode excretar pequenas quantidades de carbonato de cálcio, apoiando assim esta concepção. Robert Mayer de Los Angeles suspeitava por isso que a excreção de quantidades grandes de cálcio seja causada por uma condição patológica da mucosa da vesícula ou por um distúrbio do metabolismo de cálcio. Este último aspecto do problema de ser a vesícula de bilis calcária apenas um "dumping ground" quer dizer um depósito de detritos para o cálcio, inútil ao corpo, indica a possibilidade de ser o quadro patológico descrito apenas um sintoma de uma doença geral. Ele publicou no ano de 1952 um caso muito interessante de Milk of Calcium Gallbladder que deu motivo a estas sugestões: A calcemia neste doente, que era muito baixa antes da operação normalizou-se logo depois da colecistectomia, sendo assim apoiada a hipótese de caráter geral da moléstia.

As verdadeiras causas poderão ser verificadas só por meio do exame de grande número de casos. Até agora foram publicados na literatura mundial apenas 39 casos: 12 na Suécia, 11 nos Estados Unidos, 10 na Alemanha, 3 na Itália e 3 na Hungria. A Suécia, um país relativamente pequeno, acha-se no primeiro lugar, quanto ao número dos casos. O fato é ainda mais curioso quando sabemos que todos os 12 casos observados provêm do mesmo hospital, do Departamento de Rayos X do Maria Hospital de Estocolmo cujo chefe é o prof. Ackerlund. Este resultado pode ser devido a maior incidência da doença nesse país mas também a um diagnóstico mais apurado.

Voltemos ao estudo de nossa chapa simples aplicando os dados conhecidos pela literatura. O diagnóstico diferencial seguinte está baseado principalmente num trabalho de Baron da Espanha.

Uma vesícula biliaria calcificada ou vesícula de porcelana pode ser excluída quase com certeza porquanto faltam as características

do quadro radiológico, a saber: 1. O aspecto malhado ou insular da sombra muito diferente da calcificação da parede da vesícula. 2. Uma sombra muito densa na periferia devida ao setor lateral da parede da vesícula alcançando tangencialmente na projeção.

Qual o quadro radiológico usual da colecistopatia com bilis calcária em comparação com a chapa de nosso caso? O sinal mais importante da bilis calcária é a presença na chapa simples de uma sombra densa e extensa cujo contorno reproduz totalmente ou parcialmente a forma e o volume da vesícula. A densidade da sombra é igual a opacidade do meio de contraste de bário de sorte a fazer acreditar, à primeira vista, de se tratar dum colecistograma. Desde que a bilis calcária não ocupa em geral todo o espaço da vesícula, o diagnóstico pode ser firmado tirando-se uma chapa simples com o doente em pé. Existindo uma sedimentação da bilis calcária ela vai encher só o fundo da vesícula formando-se assim na radiografia um nível superior horizontal.

A chapa simples de nosso caso apresenta uma sombra densa e extensa cujo contorno reproduz totalmente a forma da vesícula. Chapas com o doente em pé não foram feitas. Ora, não temos precisão delas para estabelecer o diagnóstico neste caso porque encontramos na radiografia os sinais típicos e persuasivos da 3.^a doença em questão, do grande cálculo vesicular, isto é a estrutura concêntrica da sombra nas partes periféricas correspondentes ao crescimento por aposição do cálculo.

A operação foi realizada no dia 9 de julho deste ano (1957): operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. Luiz Branco Ribeiro; anestesista, dr. Benjamin Kolb. O relatório abreviado da operação é o seguinte: Vesícula coberta de aderências, muito inflamada. Ao fazer-se o descolamento rompeu-se um abcesso, dando pus claro, leitoso, porém inodoro. Foram desfeitas as aderências verificando-se que era a grande curvatura que se achava presa à vesícula. Encontraram-se no campo 24 pequenos cálculos. Colecistectomia retrógrada. Palpação do cístico não evidencia cálculos. A peça cirúrgica foi descrita da maneira seguinte: Vesícula de paredes espessadas apresentando um abcesso na face hepática. Em outro ponto da parede há também na face peritoneal uma laminação formando outro foco de abcesso intramural em conexão com a cavidade da vesícula. Dentro havia um cálculo único com cerca de 8 a 4 por 4 cms em forma de balão terminando em pontas rombas. O cálculo ocupava todo o corpo da vesícula. Diagnóstico: Litiase vesicular mais abcesso intramural; diagnóstico histológico: Colecistite crônica. Na parede vesicular bem espessada notam-se fócos necróticos e hemorrágicos. Segundo opinião do prof. Lordy os abcessos da parede podem bem derivar duma retenção inflamatória nos canais de Luschka, que são de canais mais ou menos largos revestidos dum epitélio sem diferenciação atravessando toda a camada da mucosa inflamada.

Não encontramos na literatura muitos casos de grande cálculo de vesícula. Nehrhorn de Paria publicou o achado de um cálculo de 11 por 4 cm e dum peso de 101 gr. como sendo o cálculo maior encontrado na França até o ano de 1908. O professor japonês Otmari Fukuko observou na mesma época um cálculo situado do colédoco que apresentou o comprimento de 15 cm e um peso de 167 gramas.

Ora, o cálculo gigantesco da vesícula não representa um problema especial da patologia biliar sendo bem sabido que os cálculos biliares crescem por aposição.

Temos de compará-lo ao elefante que constitui mais uma curiosidade no reino animal do que um problema da zoologia.

Cirurgia hepática e parahepática (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(*Diretor do Sanatório São Lucas*)

Se vamos encarar a questão da cirurgia do fígado e das vias biliárias, temos que levar em consideração que essa cirurgia é por certo uma das mais delicadas que se pode fazer no organismo humano. Naturalmente, não em todos os seus aspectos, mas algumas vezes apresenta uma delicadeza bastante grande e exige do cirurgião uma tática apurada. Podemos dividir esse tipo de cirurgia em três grandes ramos: cirurgia propriamente hepática, cirurgia das vias biliárias e cirurgia parahepática.

Neste último ramo temos a considerar em primeiro lugar aquelas afecções inflamatórias que ocorrem tanto na cúpula do fígado, entre ele e o diafragma, como também abaixo dêle, em plena cavidade abdominal.

A mais freqüente oportunidade que temos de intervir nas proximidades do fígado é para a solução dos casos de abcesso subfrênico. Esses abcessos geralmente provêm de infecções originárias da cavidade abdominal, ou decorrentes de uma intervenção cirúrgica ou expontâneamente ai localizadas.

Nos processos abdominais agudos em que há infecções peritoneais, muitas vezes dá-se a localização de germens sobre a cúpula do fígado e aí então se coleta um abcesso subfrênico. Por outro lado, muitas vezes depois duma intervenção sobre o tubo digestivo, seja sobre o estômago e principalmente sobre as vias biliárias extrahepáticas, vamos encontrar propagação de germens que se localizam na cúpula do fígado. Isso é fácil de se compreender, porque uma parte da superfície diafragmática é livre e a outra não é revestida de peritôneo, isto é: uma delas é livre dentro da cavidade peritoneal; a outra é extraperitoneal. Mas mesmo aquela que é livre na cavidade peritoneal, por processos inflamatórios antigos contrai muitas vezes aderências com a cúpula do fígado e então isso facilmente pode determinar o aparecimento de focos purulentos, creando-se então um abcesso. Era muito comum nos tempos que hoje já são idos, a formação de aderências consequentes a processos de origem gono-

(*) Explanação feita ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 18-6-57.

cócica, principalmente nas mulheres, onde êles afetavam em proporção muito acentuada as trompas e se espalhavam para o resto do abdomen, indo produzir aderências entre o fígado e o diafragma, entre o fígado e a parede anterior do abdomen. Hoje em dia êsses casos já são raros, porquanto a infecção blenorragica já está completamente dominada pela terapêutica e em poucos casos o germen pode perdurar no organismo e chegar até a produzir essas complicações. Mas antigamente era freqüente se verem casos de aderências entre o fígado e a parede abdominal, entre o fígado e o diafragma. Havia essas delimitações patológicas, essas verdadeiras lojas, é muito fácil de se compreender que nelas se localizassem abcessos.

Os abcessos subfrênicos podem decorrer também de infecções intrahepáticas, que se rompem na cúpula do fígado, formando a coleção purulenta entre él e o diafragma. Algumas vêzes, de acordo com a natureza dos germens, podemos encontrar não só uma coleção líquida como também a presença de gazes formando um tumor hidro-aéreo, melhor pio-aéreo. Esse tumor tende, na sua evolução natural, a romper-se, seja dentro da cavidade abdominal, o que não é muito freqüente pelas aderências que se formam, seja procurando esvaziar-se para o exterior, através da pele ou através do diafragma rompendo alguns brônquios e dando as chamadas vômitas. Era relativamente comum a formação de fistulas através das vias respiratórias conseqüentes ao pus contido na fossa subdiafragmática. Tais casos demandam cuidados mais demorados, porque não é com facilidade que se vence uma fistula formada entre a fossa subdiafragmática e as vias brônquicas. Se estamos em frente de um abcesso subfrênico, temos que considerar a maneira de esvaziá-lo e isso se pode fazer de vários modos. Conforme a natureza do germen, às vêzes por uma simples punção podemos resolver o caso. Ai é que se pode verificar o critério pessoal do cirurgião, que deve considerar cada caso em si, procurando resolvê-lo não de uma maneira escolástica e clásica, mas de acordo com os elementos que se apresentam em cada caso. Se estamos diante de um abcesso suposto pela história clínica do doente, pela sua temperatura, pelas dôres localizadas, pelo exame radiológico que mostra uma elevação da cúpula diafragmática, nós podemos iniciar o nosso tratamento, se não mesmo completar a nossa pesquisa diagnóstica, através de uma punção. O local da punção será escolhido não só pelo intumescimento que possa já estar patente na parede, como principalmente pela localização da dor, que é o elemento principal que nos guia não só para a punção como também, futuramente, para uma incisão. Essa punção muitas vêzes resulta branca, porque é difícil cair-se num foco purulento profundo, mas no geral é fácil de se conseguir obter material para exame e verificação dos germens presentes. É preciso que se tenha em mente que, em tóda punção para fins diagnósticos, devemos utilizar material adequado, quer dizer: não devemos ter agulhas muito finas nem agulhas demasiadamente curtas, devemos nos utilizar de agulhas longas, grossas, verdadeiros trocates, porque é comum, não só ao atravessar

os tecidos, dar-se a obturação da luz da agulha como às vezes, pelos próprios grumos de um puz espesso, realizar-se a obturação da luz da agulha, o que resulta em não se conseguir extrair líquido nenhum. Fixe-se bem: com agulha grossa é mais fácil termos um resultado melhor do que com agulha fina. Muitas vezes é necessário — e isso aconselhamos que sempre se faça — uma pequena anestesia da pele para que então se possa manobrar com mais facilidade, sem grande sofrimento do doente. Uma pequena anestesia da pele mais a dos tecidos subcutâneos faz com que um trocate ou uma agulha mais grossa penetre facilmente na fossa subdiafragmática e aí então vá encontrar o foco purulento. Uma vez retirado o material, ele deve ser examinado, a fim de verificarmos se há germes patogênicos, germes de supuração, ou se há germes da flora intestinal, como o bacilo coli, ou se há outros germes patogênicos, como amebas e giardias, que são freqüentes nas vias biliárias.

Se encontrarmos um abcesso produzido por amebas, nem sempre é necessário fazer-se a abertura ampla para esvaziamento do conteúdo se pequeno; basta muitas vezes o tratamento específico contra a amebase para que se tenha uma regressão. Entretanto, quando encontrarmos germes patogênicos, é mais aconselhável, pelo menos na maioria dos casos, que façamos uma abertura desse abcesso, visando assim maior facilidade para a cura do doente. Se pudermos fazer imediatamente, na hora em que estamos retirando o puz, o seu exame microscópico, isso nos orientará sobre a existência ou não de germes e então poderemos aproveitar o mesmo caminho que está localizado pela agulha para fazermos a nossa incisão evacuadora. A agulha servirá de guia para o nosso bisturi, até chegarmos à cavidade onde existe a coleção purulenta. Isto será o tratamento ideal para os abcessos subfrênicos. Uma vez aberta a cavidade, não há necessidade de grande incisão, porque se já localizamos um abcesso, se já temos o caminho para chegar até lá, podemos então com uma pequena incisão introduzir um dreno que promoverá o esvaziamento do conteúdo patológico e assim se produzirá cura do doente. Acontece, porém, que, muitas vezes conforme a localização do abcesso, se ele é muito posterior e extraperitoneal, temos necessidade de atravessar o próprio diafragma para chegar até à coleção purulenta e então deveremos recorrer àquela manobra clássica de fazer a incisão já ao nível do tórax, abrir o seio costodiafragmático, suturar a pleura a esse nível a fim de isolar a cavidade pleural do trajeto que vai ser feito para o esvaziamento do puz e depois incisar o diafragma, caindo então no seio purulento. Essa é uma necessidade muitas vezes exigida pela localização do abcesso. Outras vezes, mesmo que se entre pela parede torácica, é possível fazer-se a elevação do seio costodiafragmático, de maneira a recuar para cima a serosa pleural e não abrir a cavidade pleural, resultando em maior segurança para o próprio doente, pois é assim evitada essa complicação que se denomina pleurite associada posoperatória.

A abertura do abcesso subfrênico é, pois, uma cirurgia delicada, sendo necessário muito cuidado ao praticá-la, porque, se abrimos sem proteção nenhuma a pleura para chegar a um foco purulento, essa pleura será fatalmente contaminada pela infecção e o processo infeccioso se espalhará para a cavidade pleural, podendo trazer consequências bastante sérias.

Outro tipo de cirurgia parahepática é a que somos obrigados a fazer em consequência de um processo agudo por derrame bilioso na cavidade abdominal. Estamos ligando este tipo de cirurgia ao assunto que nos foi dado, porque, sem dúvida, está ligado ao fígado, tratando-se de um coleperitôneo; ora, o coleperitôneo geralmente é produzido por uma rutura ou da vesícula ou das paredes dos grandes canais; entretanto muitas vezes não se consegue encontrar o ponto por onde a bilis estravazou e nessa condição, não tendo que agir sobre as vias biliárias extrahepáticas, o cirurgião tem que se limitar ao esvaziamento mais completo possível do peritônio, retirando toda a bile aí coletada e fazendo a drenagem da fossa subhepática. Outras vezes, num posoperatório imediato, o coleperitôneo pode ser decorrência que pequenos vasos biliários do leito vesicular ou de afrouxamento ou soltura de ligadura do cístico.

Lembramo-nos bem de dois casos ocorridos em nosso Serviço de coleperitôneo expontâneo. Um deles foi operado pelo dr. João Sonnleithner, de urgência, durante uma Semana Santa, no Sanatório Santa Catarina, quando nos achávamos ausente. Não encontrando o ponto donde vertera a bile, fez a simples drenagem e depois tivemos a ocasião de completar o tratamento dessa doente, operando-a da eventração resultante da drenagem feita. A outra doente foi operada em nosso Serviço na Beneficência Portuguesa, como a primeira antes de estarmos instalado aqui no Sanatório São Lucas; foi operada por um dos nossos assistentes, o dr. Ney Penteado de Castro, também numa emergência abdominal aguda e quando também nos achávamos ausente. Nessa doente não se encontrou senão grande quantidade de bile na cavidade abdominal, sem se poder positivar o ponto por onde tinha saído a bile. Fez-se a drenagem e nós reintervimos alguns meses depois, verificando que todo o peritônio se achava indemne apesar do grande derrame que tinha havido. A ocorrência do coleperitôneo agudo ou expontâneo pode-se apresentar a qualquer cirurgião e a melhor conduta é a de primeiro salvar a vida do doente, quer dizer: não se deve fazer nessa emergência uma cirurgia mais violenta, a não ser que se encontre uma vesícula litiasica ou então um colédoco roto, pois então há necessidade de se fazer o devido reparo, retirando-se a vesícula ou suturando o colédoco. Mas em regra geral, se o coleperitôneo é expontâneo e não se pode localizar a sua origem, devemos nos limitar a uma simples drenagem peritoneal para esvaziar o resto de biles que acaso esteja coletada ou aquela bile que ainda possa a vir fluir. Há muitos que acreditam numa verdadeira filtração da bile através do canal distendido ou num ponto de menor resistência da parede que o constitui.

Outra emergência cirúrgica para hepática seria a da formação de abcesso na fossa subhepática. Tal abcesso poderia ter várias origens, mas queríamos considerar especialmente, para estarmos dentro do assunto, aquél que é decorrente de infecção da vesícula, porque muitas vezes é um processo infeccioso purulento, um empiema de vesícula ou outra contingência ligada à vesícula que vai determinar o aparecimento de coleção purulenta subhepática. Já tivemos ocasião de operar vesícula com rutura expontânea da sua parede. A rutura pode darse não só para o lado do peritôneo como também darse no leito da vesícula. Em um dos casos por nós publicados, a rutura se dera no leito vesicular e ali, entre a vesícula e o fígado, havia um verdadeiro abcesso que foi esvaziado ao se retirar a vesícula. Esse é um outro capítulo da cirurgia extrahepática que merece a nossa consideração e que deve ser encarado por todos aquéllos que fazem a cirurgia abdominal.

Ainda hoje podemos dizer alguma coisa a respeito da própria cirurgia do fígado, considerando a glândula em si mesma sem os seus anexos extrahepáticos.

Os que têm acompanhado a literatura médica de algum tempo atrás devem ter verificado como são freqüentes os trabalhos publicados a respeito dos abcessos de fígado. Na grande maioria dos casos os abcessos hepáticos eram provocados pela amebíase. É uma infestação que parte do intestino, tanto que geralmente os doentes contam na sua história um acidente de colite aguda, localizando-se posteriormente as amebas dentro do fígado, dando origem a pequenos abcessos, que geralmente são múltiplos no início e progridem confluentemente produzindo uma verdadeira necrose da glândula hepática. Os elementos que vamos encontrar dentro da cavidade de um chamado abcesso hepático são geralmente células destruídas do parênquima hepático de mistura com grande proliferação de amebas. Esse conteúdo do abcesso hepático é característico: é o chamado puz chocolate. Na grande maioria dos casos a amebíase não é associada a germes, mas muitas vezes podemos encontrar o bacilo coli, o estafilococo, o estreptococo e outros germes. Na generalidade dos casos, porém, podemos considerar o abcesso amebiano como um abcesso não infeccioso, mas sim um abcesso por infestação, o que nos pode conduzir a uma orientação terapêutica completamente diferente daquela aconselhada em caso de associação microbiana. Se estamos em frente de um abcesso amebiano puro, sem associação de germes, podemos tratá-lo, se él não é muito grande, apenas por punções e pela Emetina, que é nesses casos o agente dramático da cura. Mas se encontramos germes associados, temos a obrigação de fazer uma drenagem externa do abcesso e administrar medicação adequada. As vezes o abcesso hepático amebiano assume a proporções verdadeiramente gigantescas, de conteúdo às vezes até de mais de dois litros de substância necrosada, o que equivale dizer a uma grande e ampla destruição de glândula hepática. Nesses casos, a recuperação do doente é uma recuperação bastante demorada, embora ela seja

possível, mesmo diante da extensão de destruição do fígado. Já tivemos ocasião de esvaziar um abcesso hepático amebiano de mais de um litro de conteúdo. Esses casos hoje são bastante raros, em virtude do melhor conhecimento dos nossos clínicos a respeito das infestações intestinais e da terapêutica que se tem ensaiado não só através da clássica Emetina como também de produtos como o Wintodon, a Carobinase e outros agentes específicos que podem combater a amebiase. Se extinguirmos o foco intestinal estamos fazendo a profilaxia do abcesso hepático amebiano. Uma colite amebiana tratada em tempo e devidamente não dá margem ao abcesso hepático. Queremos dizer de passagem que essa expressão "abcesso hepático" não é uma expressão muito exata, muito correta, porquanto não se tratando de um processo propriamente purulento não devia ter o nome de abcesso, pois como já dissemos é um processo de destruição, um processo de necrose do tecido hepático, que merece um nome diferente.

Outras vezes vamos encontrar no fígado abcessos produzidos por germes piogênicos. Aida recentemente, tivemos ocasião de verificar aqui em nosso Serviço um caso desses. Em geral quando observamos abcesso hepático infeccioso ele é disseminado, vale dizer: múltiplo. Os doentes portadores de furunculose são os em que mais comumente se dá a localização de germes no parênquima hepático, formando pequenos focos de puz e às vezes mesmo focos confluentes mais extensos; outras vezes o processo inflamatório ou supurativo do fígado decorre de uma infecção pré existente na vesícula biliaria e a propagação se faz através das conexões vasculares da vesícula com o tecido hepático, que são relativamente freqüentes. Podemos ter então a disseminação de um processo infeccioso da vesícula para o fígado e aí então haver a localização de um abcesso. Outras vezes, a contaminação do fígado por um processo supurativo estafilocóccico ou estreptocóccico é feita por via venosa: há septicemia que pode dar focos de localização no fígado e aí a razão de serem geralmente focos múltiplos produzindo casos bastante graves. Pode-se bem avaliar a dificuldade que temos de enfrentar ao resolver um caso desses, porque se temos abcessos múltiplos como que vamos abrir a todos eles e dar vazão ao puz que aí está se coletando? Temos que nos limitar então a recorrer aos agentes antimicrobianos que hoje são muito mais energicos e em maior variedade, havendo ao nosso dispor os antibióticos tipo penicilina ou sulfanilamida. O fígado em geral não recebe bem as sulfanilamidas conforme a via de introdução, mas podemos usar a sulfa por via venosa ou por via retal, por meio de císter, ou então usar a penicilina, nestes casos em dose intensiva por via venosa ou subcutânea. Assim, nessa emergência, temos que lançar mão desses auxiliares da cirurgia, que são de grande valia para a recuperação do doente.

Para terminar esta exposição sobre a cirurgia hepática, que temos nos referir de uma maneira muito superficial à questão dos

processos neoplásicos, que podem se assestar no fígado. Na grande maioria dos casos toda vez que encontramos uma neoplasia da glândula jecoral é ela decorrente de um processo préexistente em outra parte do organismo principalmente no tubo digestivo, na mama ou em outra localização menos comum. Mas em geral são os processos do estômago, do intestino, do reto e os da mama os que dão frequentemente as metastases no fígado. Essas metastases geralmente são múltiplas e têm a sua disseminação ou por via linfática ou por via hemática. Algumas vezes podemos encontrar metástase única e nesses casos pode-se, ao mesmo tempo que tirar o tumor inicial, retirar também um fragmento do fígado, conduzindo então o doente à cura, como se tem observado e registrado na literatura. Outras vezes nós vamos nos deparar com processos neoplásicos primitivos do fígado, processos que tiveram o seu início nas vias biliárias e então, se a nossa cirurgia é precoce, quer dizer: se o câncer foi um achado laparotômico como já tem acontecido, podemos realizar uma excisão parcial da glândula conduzindo o doente à cura; é preciso, então, que tenhamos um certo conhecimento da distribuição anatômica dos grandes vasos intrahepáticos para se saber em que setor devemos e com que segurança nós podemos agir. Em geral o lobo esquerdo do fígado constitui uma unidade que pode ser perfeitamente extirpada, sem prejuízo para a vida do enfermo. O mesmo é mais difícil de se dizer com relação ao lobo direito. Pelos últimos estudos feitos, mesmo aqui no Brasil, da árvore vascular intrahepática, sabemos que o lobo direito pode ser dissociado em duas porções, uma anterior e a outra posterior, sendo, assim, o fígado dividido em três grandes lobos, o esquerdo e dois direitos. E então cada um deles pode ser completamente extirpado sem prejuízo da função dos outros dois. Se temos, portanto, um tumor localizado na parte anterior do lobo direito, podemos retirar uma grande porção desse lobo sem que haja grande prejuízo para o doente. Tal conduta tem conduzido o doente à cura, mas a cirurgia do câncer é ingrata, pois a recidiva ocorrer em alta porcentagem dos casos.

Além da patologia do câncer, ainda podemos intervir sobre o fígado na preocupação de restabelecer o esvaziamento dos grandes condutos biliares para o tubo digestivo, sendo forçados às vezes a procurar um grande ducto biliar dentro da própria glândula para anastomosá-lo com o intestino, geralmente com o jejuno, e assim restabelecer o excoamento da bile que está sendo prejudicado por um processo de estenose cirúrgica ou não dos grandes vasos extrahepáticos. Este é assunto para outra ocasião. Por hoje, basta.

SOCIEDADE MÉDICA SÃO LUCAS

Comunicações feitas

Sessão em 7 de maio de 1957:

Vida médica nos Estados Unidos — Dr. Bernardo Léo Wajchemberg.

Câncer do esôfago — Dr. Moacyr Boscardin.

O Serviço de Cirurgia de Mulheres do Sanatório São Lucas em 1956. — Dr. José Saldanha Faria.

Sessão de 28 de maio de 1957:

Diaphragma vaginal — Dr. Milton Pascoalino.

Inquérito sobre úlceras perfuradas — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 11 de junho de 1957:

Ossificação heterotópica — Drs. Cesário Tavares, João Noel von Sonnleithner e Paulo G. Bressan.

Hematocele de cicatriz operatória — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 25 de junho de 1957:

II Congresso de Medicina de Florianópolis — Drs. Paulo Roberto Cardoso Rebocho e Moacyr Boscardin.

Câncer dos colos — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 2 de julho de 1957:

Inquérito a respeito da apendicite crônica — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Indicações da Billroth I — Dr. David Rosenberg.

Gastrectomia total seguida de interposição do jejunum entre o esôfago e o duodeno — Dr. Fábio Gottli.

Anaurisma da aorta abdominal — Dr. Ruy Margutti.

Conduta atual na cirurgia do câncer gástrico — Dr. João de Lorencó.

Sessão de 16 de julho de 1957:

Residência e internato nos hospitais americanos — Dr. Ib Andersen.

Bases fisiológicas da rehidratação — Dr. Israel Nussenzveig.

Sessão de 6 de agosto de 1957:

Injeção arterial de oxigênio nas afecções dos membros inferiores — Dr. Oswaldo Leal.

Câncer do corpo uterino — Dr. Milton Pasqualino.

Sessão de 20 de agosto de 1957:

Colectomia total por megacolo e fecaloma — Dr. José Finochiaro.
Técnica da ressecção da sigmóide (filme) — Dr. José Finochiaro.
Grande cálculo da vesicula — Dr. Eduard Dolder.

Sessão de 24 de setembro de 1957:

Ação terapêutica das ondas ultrasson — Dr. Ioshikiti Kanashiro.
Gravidez ectópica — Dr. Waldemar Machado.

Sessão de 8 de outubro de 1957:

Pasta de alumínio nas queimaduras — Dr. Luis Delgado.
Feridas das mãos e dos dedos sob o ponto de vista da Infortunistica — Dr. José Saldanha Fars.
Congresso de Cirurgia de La Rioja — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 18 de outubro de 1957:

Dia do Médico — Prof. Hilário Veiga de Carvalho.

Sessão de 29 de outubro de 1957:

Estado atual da esterilização, desinfecção, assepsia e antisepcia na prática hospitalar — Dr. Jarbas Karman.

Sessão de 12 de novembro de 1957:

Cirurgia e cirurgiões da Argentina — Dr. Eurico Branco Ribeiro.
Os agentes químicos da esterilização hospitalar — Dr. José Finochiaro.

Sessão de 26 de novembro de 1957:

Tireoidectomia (filme) — Dr. Moacyr Boscardin.
Intersuxualidade hormonal (Síndrome adreno-genital) — Prof. Carmo Lordy e Dr. Paulo G. Bressan.